

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 183

DES
KYSTES HYDATIQUES
DU CORPS THYROÏDE
et de leur traitement par l'extirpation totale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ROLLET

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Dijon

Né à Dinteville (Haute-Marne), le 11 octobre 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

—
1903

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 183

DES
KYSTES HYDATIQUES
DU CORPS THYROÏDE
et de leur traitement par l'extirpation totale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ROLLET

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Dijon

Né à Dinteville (Haute-Marne), le 11 octobre 1876

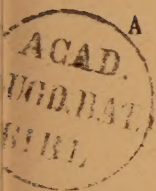


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		X...
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.) agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAVIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD
			CAUSSE, ch ..

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. WALLAS, Assesseur
MM. BÉRARD et FABRE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR



PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sentons le devoir impérieux d'exprimer notre gratitude aux maîtres qui se sont intéressés à nous.

Respectueusement nous prions M. le Professeur Jaboulay, qui nous a inspiré cette thèse et nous fait l'honneur de vouloir bien en accepter la présidence, de recevoir l'expression de notre reconnaissance.

M. le Docteur Viannay, prosecteur à la Faculté, qui a bien voulu nous aider de ses conseils, a droit à notre gratitude.

Nous n'aurions garde d'oublier MM. Cavaillon et Leclerc, internes des Hôpitaux. C'est à l'obligeance de M. Cavaillon que nous devons l'observation qui fait le sujet de notre thèse.

Nous n'oublions pas non plus les maîtres qui nous ont guidé pendant le temps de notre internat à l'hôpital de Dijon, en particulier MM. les docteurs Michaut, Ripault et Dubard.

Enfin, que M. le docteur Breton qui, pendant trois années consécutives, n'a cessé de nous diriger et de nous aider de ses conseils éclairés, reçoive ici l'assurance de notre gratitude. Jamais nous n'oublierons ce qu'il a bien voulu faire pour nous.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les kystes hydatiques développés dans le corps thyroïde sont extrêmement rares. La première observation publiée sous ce titre remonte à 1754; elle est due à Lieutaud (1). Mais cette observation n'est pas du tout convaincante; si la présence des hydatides était indiscutable, rien n'est, par contre, moins vraisemblable que leur développement dans le corps thyroïde. Celui-ci, en effet, « parfaitement sain dans son tissu, était énormément dilaté, et la compression à laquelle il avait été soumis l'avait fait se mouler sur la poche ».

En 1767, Gooch (2) publie la première observation authentique de kyste hydatique thyroïdien; nous la reproduirons plus loin.

(1) LIEUTAUD. — Mémoire à l'Académie Royale des Sciences, 1754.

(2) GOOCH. — Cases an pratical remarcks in surgery with..., 1717.

Plus tard, Baumès (1806) (1), sans apporter de nouvelle observation à l'appui, admet un goitre hydatique dont il fait la septième sorte de son genre helminthèse.

Rullier 1817 (2), rapporte un cas qui lui semble être un kyste hydatique de la thyroïde ; mais rien, en réalité, ne justifie ce diagnostic.

Rapp (3) en 1830, rapporte la seconde observation authentique de kyste hydatique thyroïdien. L'autopsie fut faite. Nous reproduirons cette observation.

John Hunter (4) (1839) en publie une observation, mais elle est loin d'être probante : il s'agissait sans doute d'un kyste séreux du cou.

Un cas de Jobert de Lamballe, rapporté par Velpeau (1847), n'entraîne pas davantage la conviction.

Albers (5) (1850) publie le troisième cas non douteux de kyste hydatique du corps thyroïde : l'autopsie fut faite ; nous donnerons plus loin quelques détails sur cette observation.

En 1855, la question était encore bien obscure puisque Bach, qui publie à cette époque un mémoire sur les différentes espèces de goitre, fait « du goitre

(1) BAUMÈS. — Traité élémentaire de Nosologie, 1806.

(2) RULLIER. — Dictionnaire des Sciences Médicales (1817).

(3) RAPP, *in* Naumann Handbuch Medicin Klinik, Berlin, 1830.

(4) JOHN HUNTER (1839), Traduction Richelot, t. I.

(5) ALBERS. — Jahresbericht (1850).

(6) BACH. — An. Path. des différentes espèces de goitres. Mém. Acad. Méd., 1855.

hydatique, une des transformations du goître cellulaire ».

Le premier travail d'ensemble qui parut sur la question fut celui de Gurlt (1) (1858). Dans sa monographie sur les tumeurs kystiques du cou, il étudie les kystes hydatiques du corps thyroïde et en réunit sept observations ; ce sont précisément les diverses observations dont nous avons parlé précédemment ; or, parmi elles, il n'y en a en réalité, que trois qui soient vraiment authentiques et elles nous sont connues. D'ailleurs Gurlt dit lui-même ne pouvoir tirer de ses observations aucune conclusion ferme sur le sujet.

Houel (2) (1860), dans sa thèse d'agrégation, sur les tumeurs du corps thyroïde, parle des kystes hydatiques : il dit n'en avoir trouvé aucun cas certain, à l'exception d'un seul qu'il tient de Nélaton et qu'il publie comme indiscutable. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, les signes cliniques observés, dans ce cas, par Nélaton, permettent, en effet, de penser que son diagnostic était exact : nous donnerons le résumé de cette observation.

Ferrant (3) (1861) publie une observation intéressante et certaine de kyste hydatique thyroïdien que nous reproduirons en le résumant.

Davaine, dans son *Traité des Entozoaires* (1877),

(1) GURLT. — Ueber die Cystengemülste der Halses. Berlin, 1858.

(2) HOUEL. — Thèse d'agrégation, 1860.

(3) FERRANT. — *Bulletin Soc. Anat. de Paris*, 1861.

sur 300 cas de kystes hydatiques, ne cite que trois cas de localisation dans le corps thyroïde. Ces trois cas sont dus à Lieutaud, Haen et Laennec. Nous avons déjà parlé du cas de Lieutaud et nous avons dit qu'il ne pouvait pas être considéré sûrement, comme kyste hydatique du corps thyroïde. L'observation de Laennec n'est pas moins discutable; là encore il s'agit bien d'un kyste hydatique, mais c'est la localisation dans le corps thyroïde qui est inadmissible, « le lobe droit de la glande étant *refoulé* à gauche par le kyste ». Quant à la tumeur kystique observée par Haen, elle siégeait bien dans le corps thyroïde, mais il n'est pas certain qu'il s'agissait d'un kyste hydatique; il est probable, au contraire, que ce que Haen appelle hydatide, n'était autre qu'un bloc de matières colloïdes. D'ailleurs, Davaine ne rapporte ces trois cas que sous toute réserve.

Quelques années plus tard, une série d'observations paraissent, toutes très précises et très détaillées, quoique d'inégale valeur.

Meinert (1885), Reverdin et Mayor (1) (1885), Galozzi (2) (1886), Duguet (1886), Peyrot et Decressac (3) (1888), Péan (4) (1888), Gérard Marchand (1888), apportent des observations isolées. Dardel (5) dans

(1) REYERDIN et A. MAYER. — *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1885.

(2) GALOZZI. — *Riforma Medica*, 15 décembre 1886.

(3) DECRESSAC. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1888.

(4) PÉAN. — *Leçons de Clinique chirurgicale*.

(5) DARDEL. — *Thèse de Paris*, 1888.

sa thèse (1888) les réunit presque toutes et, les joignant aux observations anciennes, rapporte dix-sept cas de kyste hydatique du corps thyroïde; sur ces dix-sept cas, cinq sont considérés, par lui, comme douteux; les douze autres seraient authentiques. Nous sommes moins larges que lui et nous pensons qu'il n'y a pas plus de dix de ses observations qui soient indiscutables.

Henle (1), assistant à la clinique de Mikulicz, de Breslau, publia, en 1895, un important travail sur la question. Il rapporte dix-huit observations de kystes hydatiques thyroïdiens; parmi celles-ci quatorze, empruntée à la thèse de Dardel nous sont connues; trois autres avaient été publiées en Allemagne antérieurement; une est personnelle. De ces quatre observations nouvelles nous n'en retiendrons que trois comme indiscutables.

Enfin, Vitrac, de Bordeaux, dans un travail de la *Revue de Chirurgie* 1897, apporte une observation personnelle fort intéressante; il dit, à ce propos, que le nombre de cas publiés jusqu'ici s'élève à vingt-six, y compris le sien.

Pour nous, nous ne pensons pas que le nombre des kystes hydatiques du corps thyroïde, observés jusqu'ici d'une façon indiscutable, soit si considérable. Nous n'avons trouvé, en tout, tant dans la littérature française que dans les littératures étrangères, que vingt-quatre cas publiés sous le titre de kyste hyda-

(1) A. HENLE. — *Archives für Klinische Chirurgie*, XLIX, 1895

tique de la thyroïde. Deux d'entre eux nous sont absolument inconnus dans leurs détails : ce sont un cas de Petrali (1) et un cas de Karpetchenco (2). Sur les vingt-deux observations restantes, nous n'en n'avons trouvé que huit dont l'authenticité repose sur des constatations anatomiques faites pendant l'opération ou à l'autopsie et qui sont, par conséquent, à l'abri de toute contestation possible. Dans les six autres observations, le diagnostic de kyste hydatique ayant été établi par la ponction et l'examen du liquide, le diagnostic du siège thyroïdien repose sur les signes cliniques ordinaires aux goîtres. Ces six observations doivent donc être considérées comme très probablement authentiques. Cela porte à quatorze le nombre des observations bien établies de kyste hydatique de la thyroïde.

Le cas que nous rapportons est indiscutable au double point de vue de la nature hydatique, confirmée par l'examen du liquide, et du siège thyroïdien constaté pendant l'opération ; c'est donc le quinzième cas de kyste hydatique du corps thyroïde qui ait été observé.

(1) PETRALI. — Sopra el gozzo idatoido; operazione. *Ann. Univ. di Med. Milano*, 1838.

(2) KARPETCHENCO. — Protocoli Karkascavo medicinskavo obchestestwa, n° 14, 1891. *Vracht*, 1892.

CHAPITRE II

Observations.

Nous réunirons dans ce travail toutes les observations *authentiques* de kystes hydatiques du corps thyroïde qui ont été publiées jusqu'ici ; nous donnerons d'abord l'observation inédite d'une malade de M. le professeur Jaboulay, observation qui a été le point de départ de ce travail, puis nous rapporterons, en les résumant les autres observations antérieurement publiées en commençant par celles que *l'autopsie* ou *l'opération* ont mis en dehors de toute contestation possible.

Cette réunion de documents authentiques servira, croyons-nous, très logiquement d'introduction à l'étude clinique et anatomo-pathologique que nous présenterons ensuite des kystes hydatiques du corps thyroïde.

OBSERVATION I

(Inédite.)

Observation recueillie à la Clinique de M. le professeur JABOULAY,
par M. CAVAILLON, interne du service.

Kyste hydatique du corps thyroïde (Lobe médian). — Intervention. — Ablation de la poche. — Guérison.

D. M..., 30 ans, cultivatrice, entre, le 8 juin, salle Saint-Pierre. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Aucun membre de sa famille n'a présenté de goitre. Pas de maladie antérieure. La malade n'habitait pas avec des chiens. Menstruation à 15 ans. Depuis, la malade a été réglée régulièrement. Au moment de l'installation des règles, elle n'a pas remarqué que son cou ait augmenté de volume. Le début de l'affection remonte à cinq mois, pendant une grossesse; c'est à ce moment que le cou a commencé à augmenter de volume; la tumeur s'est accrue encore après l'accouchement. Depuis lors, cette masse a grossi progressivement sans qu'à aucun moment il ne se soit produit de dilatation brusque. La période cataméniale restait sans influence; jamais la malade n'a présenté de phénomènes de compression. Elle entre dans le service uniquement pour sa tumeur.

A son entrée on se trouve en présence d'une malade ayant l'aspect extérieur d'une bonne santé.

Au niveau de la région médiane du cou on constate une tumeur du volume d'une mandarine. La peau qui la recouvre ne présente pas de dilatation vasculaire, et est parfaitement mobile sur la tumeur. Cette masse est mobilisable dans le sens latéral et dans le sens inféro-supérieur. Elle est surtout mobile avec le larynx pendant les mouvements de déglutition.

A la palpation, cette tumeur, d'une façon générale, apparaît rénitente; recherchée en un point limite on a une sensation

très nette de fluctuation ; pas de frémissement hydatique, pas d'expansion, pas de souffle. La tumeur est limitée, en bas, au niveau de la fourchette sternale, et il est possible, en la soulevant d'introduire l'index dans l'encoche supérieure du sternum.

Il n'existe pas de signe de compression vasculaire. Pas d'œdème ni de troubles vaso-moteurs. Pas de phénomènes de compression nerveuse. Pas de troubles de la voix. Pas de dilatation ni d'inégalité pupillaire.

Pas de compression du côté de la trachée. Pas de dyspnée au repos. Un peu d'essoufflement pendant la marche rapide. Pas de crise d'asthme. Un peu de dysphagie.

Cœur. — Bat normalement, à 80, sans bruit pathologique. Impulsion normale.

Pouls régulier, sans intermittence; tension normale.

Poumons : Rien.

Urines : Ni albumine, ni sucre.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Rien à signaler du côté de l'appareil digestif.

Organe des sens. — Pas d'exophtalmie. Rien à la pupille. Pas de signe de Stelwag, ni de de Graef.

Pas de paralysie à la convergence.

On ne remarque rien autre chose qu'un peu d'agitation.

Léger tremblement vibratoire des membres supérieurs.

Notons que jamais la malade n'a eu d'urticaire.

Le 10 juin, *intervention*. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle; la malade étant assise, M. Jaboulay pratique une incision au niveau de la ligne blanche du cou, sur une étendue de 8 centimètres environ. La paroi saigne assez abondamment.

Après incision du tissu cellulaire sous-cutané, on dissocie une mince lame de tissu glandulaire; au-dessous, on aperçoit la paroi lisse du kyste. Après incision il s'écoule, sous pression, un liquide clair comme de l'eau de roche. Le chirurgien en reçoit dans la bouche : ce liquide avait une saveur salée. La quantité peut être évaluée à 100 grammes environ. En suspension dans ce liquide flottait une vésicule, du

volume d'un œuf de pigeon, dont les parois, très minces, étaient transparentes. La membrane germinative étant enlevée, on pratique la dissection de la poche en dehors de l'adventice. Cette manœuvre est assez laborieuse, beaucoup plus, en tout cas, que s'il s'était agi d'un goitre kystique ordinaire; la face externe de la poche avait, en effet, contracté des adhérences assez étroites, latéralement, avec le tissu glandulaire des lobes thyroïdiens; en arrière avec la face antérieure du conduit trachéal. Après l'extirpation, le corps thyroïde est absolument séparé en deux, la face antérieure de la trachée est à nu; on peut voir alors qu'elle est ramollie et aplatie contre la face postérieure.

L'hémostase avait été faite à mesure. On termine l'opération par la suture hémostatique en masse suivant la technique ordinaire de M. Jaboulay. En somme, ablation de la vésicule-mère, de la vésicule-fille et de la membrane adventice.

L'examen microscopique du liquide a été pratiqué immédiatement par M. Gayet, chef du laboratoire de la clinique, qui nous a remis la note suivante : « Le liquide examiné sans aucune manœuvre préalable sur une lamelle, présente une foule de crochets très caractéristiques. On obtient une préparation beaucoup plus intéressante par la centrifugation. Par ce procédé on réunit une sorte de sable abondant au fond du tube du centrifugeur. L'examen au microscope, après coloration au picro-carmin, révèle une quantité de vésicules contenant chacune un échinocoque avec une belle couronne de crochets. Les crochets sont au nombre de 25 à 30. Sur les préparations non colorées on voit, pendant assez long temps, les mouvements amiboïdes de la masse protoplasmique qui remplit la vésicule ».

Les suites opératoires ont été des plus simples. Une légère élévation de température autour de 38°, 38°5 s'est maintenue pendant 48 heures. Jamais la malade n'a présenté de phénomènes dyspnéïques ou de voix bitonale.

La malade a été pansée au huitième jour. Il existait, à ce

moment, un petit hématome. Elle est sortie du service quinze jours après l'intervention, complètement guérie (1).

OBSERVATION II

(GOOCH) (2)

Assez gros kyste hydatique du corps thyroïde. — Perforation de la trachée. — Mort subite. — Autopsie.

Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans qui avait au cou, depuis plusieurs années, une tumeur qui acquit rapidement le volume d'un œuf de poule ; grande dyspnée d'effort, visage cyanosé, voix faible, toux spasmodique. La surface externe était irrégulière. On soupçonna la présence de liquide ; on fit une ponction et on évacua trois onces d'un liquide aqueux. La respiration du patient devint plus facile. Le jour suivant, des phénomènes infectieux survinrent du côté de la tumeur ; la situation s'améliorait, lorsque, brusquement, le malade rejeta par la bouche une petite hydatide et mourut presque aussitôt.

Autopsie. — La tumeur semblait prendre son origine dans le lobe droit du corps thyroïde transformé en un kyste formé d'une membrane celluleuse. Dans les parties antérieures et latérales on pouvait encore distinguer le kyste et la substance glandulaire, confondus tous deux plus profondément. La tumeur était appliquée sur presque les 2/3 du cartilage thyroïde, sur le cartilage cricoïde et six anneaux de la trachée, très intimement unis à ces derniers. On ouvrit le kyste irrégulièrement épaissi, très distendu ; il contenait dans sa cavité une deuxième hydatide libre et mobile, absolument

(1) Les pièces de l'opération ont été présentées à la Société des Sciences Médicales, par M. Patel, chef de clinique de M. Jaboulay. Voir *Lyon Médical*, 12 juillet 1903.

(2) GOOCH. — Cases an practical hemarcks in surgery with sketches of machines. Vol. II, Normich, 1767.

analogue à celles qui avaient été rejetées par la toux, avant la mort, mais beaucoup plus grosse.

Après avoir enlevé la poche, on vit un trou intéressant le cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée, large comme un tuyau de plume, et par lequel, à travers le parenchyme glandulaire, le kyste pénétrait dans la trachée. La surface interne de la membrane hydatique était couverte de petits tubercules et de mucosités sans pus et sans traces d'ulcérations. A l'ouverture de la trachée et du larynx, la partie correspondante à la glotte et aux ventricules parut gonflée et œdémateuse; du bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au huitième anneau de la trachée, le côté droit du canal aérien était tellement comprimé par la tumeur qu'il arrivait presque au contact du côté opposé.

OBSERVATION III

(RAPP) (1).

Rapp observa, chez un jeune homme de 14 ans, un goitre à peu près sphérique, de 2 à 3 pouces de diamètre, très consistant et très tendu, mais à surface régulière. Le malade mourut subitement après un violent accès d'étouffement.

A l'autopsie, on trouve la partie supérieure de la trachée comprimée contre la surface antérieure des vertèbres, et aplatie comme un ruban. La substance du corps thyroïde n'était pas altérée, mais, dans son tissu, se trouvait une grosse hydatide tendue, entièrement libre, qui, seule, constituait le goitre. L'enveloppe de cette hydatide se composait d'une membrane blanche, solide, qui put facilement être divisée en deux feuillets; l'intérieur était rempli d'un liquide clair, incolore. Sur la surface interne de la poche se trouvaient des granulations blanches et petites comme des grains de sable; au microscope, elle présentaient l'aspect de petits

(1) RAPP, *in* Naumann. — Handbuch Medecin. Klinik. Berlin, 1830.

vers blancs (échinocoques), sur lesquels on distinguait des couronnes de crochets.

On trouva encore des hydatides semblables dans d'autres organes, notamment dans le foie.

OBSERVATION IV

(Albers) (1).

Il s'agissait d'un homme de 60 ans, portant depuis l'âge de 19 ans un goitre qui avait grossi progressivement jusqu'à acquérir le volume d'une pomme.

A l'autopsie, on vit que cette tumeur appartenait au lobe moyen du corps thyroïde, tandis que les deux lobes latéraux étaient simplement hypertrophiés. Le corps thyroïde se présentait comme une masse molle renfermant de nombreux corps ronds, durs et tendus. Une section médiane du lobe saillant le montra rempli d'une petite quantité de vésicules distinctes, se composant d'une enveloppe extérieure solide, laquelle en recouvrait une seconde beaucoup plus mince, séreuse, contenant un liquide clair, transparent, et présentant manifestement des échinocoques à l'examen microscopique. Le parenchyme glandulaire qui séparait les échinocoques était résistant, presque fibreux.

En outre, les deux reins contenaient dans leur substance corticale des hydatides de la grosseur d'une noix ; dans les plexus choroïdes se trouvaient aussi des hydatides réunis en forme de chaîne.

(1) ALBERS. — Jahresbericht, 1850.

OBSERVATION V

(Ferrant.)

P..., Marie, âgée de 48 ans, couturière.

Elle porte un goitre formé de deux tumeurs arrondies ; l'une, à droite, a presque le volume du poing ; l'autre est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs, parfaitement arrondies, occupent les deux côtés du larynx dont elles suivent tous les mouvements dans l'acte de la déglutition. La peau qui les recouvre est normale, mobile à la surface ; elles-mêmes sont mobiles sur les parties profondes ; leur consistance est considérable et n'indique pas la présence d'un liquide ; cette tumeur n'occasionne qu'une gêne mécanique modérée.

Le 4 juin, cinq jours après son entrée, la malade meurt subitement.

Autopsie. — Tubercules aux deux poumons. Foie volumineux, bosselé, contenant deux vastes poches dont le contenu est formé d'un grand nombre d'acéphalocystes rondes, variant du volume d'un pois à celui d'une noix.

Ce sont des vésicules claires ; au microscope, crochets caractéristiques.

Utérus contient un kyste hydatique.

La glande thyroïde paraît avoir disparu ; rien dans la tumeur ne semble rappeler son tissu ; elle est remplacée par deux tumeurs placées de chaque côté des cartilages thyroïde et cricoïde.

La coupe présente l'aspect suivant : une poche fibreuse dense dont les parois ont un demi à deux tiers de centimètres d'épaisseur. Ces parois enveloppent un contenu divisé en loges inégales.

Les deux tumeurs sont réunies, au-devant du larynx, par

un tissu cellulaire lâche. Le calibre du larynx était perméable, mais rétréci.

La nature hydatique du goître fut contrôlée, au microscope par M. Luys, puis par M. Ch. Robin. On ne trouva pas de crochets.

OBSERVATION VI

(Résumée.)

(Gérard MARCHAND, in thèse de Dardel).

Kyste hydatique suppuré de la thyroïde. Trachéocèle.

M. G..., 22 ans, couturière. Avait, il y a trois ans, une tumeur, du volume d'un œuf de poule, entre la fourchette sternale et le cartilage thyroïde, qui s'ouvrit spontanément; il en résulta deux fistules qui donnèrent issue à du pus et se refermèrent en quelques jours.

Deux ans après, apparition d'une tuméfaction siégeant à droite, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde, tumeur dure, suivant le larynx dans la déglutition. Bientôt, gêne de la déglutition et de la respiration; accès de suffocation, congestion habituelle de la face.

Un jour, en toussant, la malade sentit sa respiration devenir plus difficile et un gonflement se produire dans la partie antéro-latérale gauche de la région thyroïdienne. Cette tumeur se produisit d'abord seulement pendant la toux, puis devint permanente avec exagération pendant la toux. Depuis lors les suffocations deviennent plus fréquentes et plus intenses. Le professeur Verneuil fait le diagnostic de trachéocèle.

Pendant ce temps la tumeur du lobe droit augmentait de volume et devenait grosse comme un œuf de pigeon.

M. Marchand pose le diagnostic de tumeur kystique du lobe droit de la thyroïde avec trachéocèle. Ponction exploratrice: on retire un liquide séro-purulent. Trois jours après M. Marchand pratique l'ablation de la tumeur.

Incision oblique, en bas et en dedans qui met à nu le kyste compris dans l'épaisseur du lobe droit. L'énucléation fut laborieuse et délicate. La tumeur s'étant rompue au cours de l'extirpation, on constate qu'elle est constituée par une poche hydatique type.

Lavages antiseptiques, drainage et pansement de Lister.

Le liquide contenait des crochets.

OBSERVATION VII

(PEYROT (1).

L... Désiré 22 ans, cultivateur ; en mai 1886 s'aperçoit qu'il porte une petite tumeur à la région antérieure du cou ; cette tumeur grossit, sans troubles fonctionnels notables. En juin 1888 il entre à l'hôpital. La tumeur est très saillante, exactement médiane, à la hauteur de l'isthme du corps thyroïde. Elle est régulièrement globuleuse, de la grosseur d'un œuf de poule, bien circonscrite, très souple, très fluctuante ; la peau est normale, glisse bien. Dans la profondeur il n'en est pas de même ; les mouvements d'ascension pendant la déglutition indiquent une fixation à la trachée ; pas de battement, pas de souffle sthétoscopique, pas de frémissement.

Signes fonctionnels presque nuls ; respiration facile ; timbre de la voix habituel.

Opération. — La tumeur est mise à nu par une incision médiane ; elle se présente comme un kyste plongé dans le tissu de la thyroïde. Elle est développée au milieu du lobe latéral droit. Le kyste se rompt et laisse échapper un liquide limpide et incolore.

L'examen de la tumeur laisse voir, à l'intérieur de la membrane conjonctive adventice, une membrane blanche peu adhérente, très fragile quoique un peu épaisse : c'est la mem-

brane germinative. A la face interne sont suspendus de petits corps arrondis, blanchâtres, qui, examinés au microscope, sont des échinocoques caractéristiques. Ils ont presque tous la tête rentrée et la couronne de crochets occupe le centre de l'excavation.

OBSERVATION VIII

(PÉAN (1).

Jeune fille de 29 ans, n'a jamais quitté Paris. Cou volumineux depuis l'enfance. Depuis 8 à 10 mois la tumeur a pris un développement rapide, en même temps que la respiration devient bruyante, avec du cornage de temps en temps. Accès de dyspnée violente sous l'influence des émotions. La jeune fille est devenue nerveuse, émotive; palpitation, toux sèche et quinteuse. Voix éteinte.

La malade entre avec le diagnostic de goitre plongeant kystique. L'examen du cou montre, sur la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf de poule à surface arrondie, lisse. Cette tumeur se continue de chaque côté, sans ligne de démarcation avec les lobes latéraux du corps thyroïde. Son extrémité inférieure se prolonge derrière le sternum, même au repos, mais surtout pendant les fortes inspirations et les accès d'étouffement. La tumeur s'élève avec le larynx dans la déglutition. Elle est nettement fluctuante.

Opération. — Incision médiane, couche par couche jusqu'au kyste. Ponction au bistouri laisse écouler un liquide clair transparent, absolument limpide. Agrandissement de l'incision exploratrice; on enlève avec des pinces la poche-mère remplie d'hydatides-filles. Marsupialisation. Vingt-trois jours après l'opération la malade part guérie.

(1) PÉAN. — Leçons de Clinique Chirurgicale, 1890.

OBSERVATION IX

(Résumée.)

(De Vitrac, service de M. le professeur de LANNELONGUÉ de Bordeaux.)

H. J..., instituteur, 34 ans, a toujours habité les Landes (1). N'avait pas habituellement de chiens auprès de lui ; la viande de porc entraînait assez fréquemment dans sa nourriture.

Vers le milieu de l'année 1892, J. H..., gêné en voulant boutonner le col de sa chemise, remarqua sur la partie antéro-latérale gauche du cou, un peu au-dessus du sternum la présence d'une tumeur grosse comme un œuf. Pendant quatre ou cinq mois, le volume de cette tumeur augmenta jusqu'à atteindre la grosseur du poing. En même temps survinrent quelques tiraillements dans la région inférieure du cou, puis des démangeaisons localisées sur toutes les parties du corps, dont le grattage déterminait sur la peau la production de stries surelevées, blanches et rosées, enfin de l'oppression et des difficultés pour avaler. Ces derniers symptômes, venus tardivement, duraient depuis une quinzaine de jours, quand, brusquement, dans l'espace d'une minute ou deux, toute gêne disparut en même temps que la tumeur s'effondrait complètement : le prurit devenait très intense.

Absence de tumeur pendant trois mois, puis réapparaît de nouveau et grossit pendant quatre mois pour arriver à son volume primitif ; la dyspnée légère et la dysphagie avaient recommencé ; moins de prurit.

La tumeur disparut et reparut ainsi quatre ou cinq fois, puis s'établit définitivement, mais avec des phases d'accroissement et de diminution. Le malade remarqua que le prurit était toujours en raison inverse de la grosseur du kyste. Plus

(1) Les Landes et les Basses-Pyrénées, fournissent un grand nombre de kystes hydatiques : cette particularité est bien connue dans les hôpitaux de Bordeaux (Vitrac).

sieurs poussées d'urticaire. Une ponction exploratrice, pratiquée par un médecin, donne issue à un liquide absolument limpide.

Le 31 janvier 1896, le malade entre à l'hôpital. Tumeur du volume du poing occupant la partie inférieure et latérale gauche du cou tandis que la saillie du cartilage thyroïde se trouve à 1 cent. 1/2 à droite de la ligne médiane. Peau mobile, de coloration normale, sans dilatation veineuse.

La tumeur est coupée en écharpe par le sterno-mastoïdien gauche, ce qui lui donne un aspect bilobé. Elle est mate à la percussion, de consistance uniformément élastique plutôt rénitente que fluctuante. Elle est mobile dans le sens transversal en entraînant la trachée, et immobile dans le sens vertical. *Elle suit les mouvements du larynx dans la déglutition.*

Pas de pédicule reliant la tumeur aux parties supérieures du cou ; pas de souffle, ni de battements propres ; pas de douleurs spontanées ni provoquées.

A part la déviation de la trachée, aucun organe ne semble modifié par la présence du kyste ; un peu d'altération de la voix, due à cette seule déviation, ainsi que le montre l'examen laryngoscopique ; légère dyspnée ; un peu de dysphagie.

Pas d'exophtalmie, ni d'autres signes de basedowisme. Foie un peu gros, sans tumeur appréciable. Aucun trouble du côté des organes ; urines normales.

En somme le diagnostic de tumeur liquide du corps thyroïde n'est pas douteux ; les caractères du liquide antérieurement ponctionné, les phénomènes de disparition et de réapparition de la tumeur, l'urticaire, permettent à M. Lannelongue de porter la diagnostic de kyste hydatique.

Ce diagnostic fut vérifié quelques jours après par une ponction, par laquelle on retira 350 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant 8 grammes de chlorure par litre ; pas de mucine, très peu d'albumine. Il n'y avait pas de crochets. Après évacuation du kyste, la poche fut

lavée à plusieurs reprises avec un solution de 1/1000 ; fermeture au collodion. Pendant deux ou trois jours, quelques douleurs très légères et une petite quantité d'albumine dans les urines, sans autres symptômes d'hydragirisme.

Le malade a été revu 6 mois après la ponction. Le cou est d'aspect normal. L'exploration de cette région et de celle de tous les viscères n'a amené la découverte d'aucune autre tumeur hydatique. Le malade peut être considéré comme absolument guéri.

OBSERVATION X

HENLE (*in Henle, loc. cit., Obs. I*)

Bertha L., 18 ans, domestique. Pas de chien dans sa demeure habituelle. Depuis l'âge de 9 ans, elle avait remarqué un gonflement dans la partie inférieure du cou ; depuis deux mois, la tumeur s'est accrue ; elle est devenue grosse comme un œuf de poule. Dans les efforts, la malade devient hale-tante ; pas de modifications de la voix : santé généralement bonne.

Actuellement, tumeur faisant saillie en avant, sur le côté droit du cou ; son extrémité se trouve à égale distance du menton et du sternum. Le larynx et la trachée sont un peu repoussés à gauche par la tumeur, qui ne les recouvre pas ; à travers sa masse, on perçoit les gros vaisseaux ; le sternomastoidien ne peut être nettement détaché. Mobilité sur les parties profondes, mais *les mouvements du larynx entraînent la tumeur*. A sa surface la peau est luisante, tendue au point de ne pas pouvoir se plisser. A la palpation, l'extrémité antérieure saillante est grosse comme un œuf de pigeon, élastique, se continuant avec la masse plus profonde qui semble la repousser en avant ; la base de la tumeur a des limites plus confuses et difficilement appréciables. Le lobe gauche est un peu augmenté de volume. A l'examen laryngoscopique :

paralysie de la corde vocale droite. Pas de sténose du conduit trachéal.

Diagnostic. — Goitre kystique à deux loges, l'une profonde, l'autre plus petite, superficielle, avec adhérence à la peau et à la gaine du sterno-mastoïdien, ce qui devait indiquer un léger processus inflammatoire.

Le 27 octobre 1874, opération pratiquée par Mikulicz. Incision sur le bord interne du sterno-mastoïdien, allant depuis le cricoïde jusqu'au sternum. En séparant les faisceaux du peucier, on ouvrit une poche qui laissa écouler du pus : c'était la tumeur superficielle qui se vida tout d'un coup. La capsule kystique était adhérente à tous les muscles de la région. Elle contenait, avec des loges remplies de liquide puriforme (70 cm. cubes environ) des masses membraneuses, blanc grisâtre, mais qui n'avaient pas l'apparence de vésicules. Après l'ablation de la tumeur, la trachée et l'œsophage se montrèrent absolument libres ; la thyroïdienne supérieure, qui se dirigeait vers le sac kystique, avait dû être liée et coupée. Appendant à la thyroïdienne inférieure, était une petite masse, grosse comme une amande de tissu thyroïdien sain : c'était tout ce qui restait de la glande. Hémorrhagie insignifiante.

Suture de la peau : deux petits drains. Guérison au dixième jour ; cependant la paralysie de la corde vocale persistait entièrement.

L'examen microscopique des membranes était caractéristique. Il y avait, en outre, de nombreux crochets mélangés à du pus. La plus grande partie de la paroi était composée de couches conjonctives stratifiées parallèlement à la surface du kyste ; dans leur épaisseur se trouvaient quelques culs-de-sac glandulaires, les uns atrophiés, réduits à quelques cellules épithéliales, les autres plus complets, quelques-uns augmentés de volume.

Pas de micro-organismes dans le contenu.

OBSERVATION XI

(MAX VOLPER. Dissert. Berlin, 1888.)

Jeune fille de 17 ans. Depuis l'âge de 13 ans, gonflement dur de la région cervicale qui, depuis quelque temps a beaucoup grossi. Tumeur grosse comme une amande, située un peu à droite, facilement délimitable, *se mobilisant dans les mouvements de la déglutition*. Troubles respiratoires.

Opération. — Incision parallèle à l'extrémité inférieure du bord externe du sterno-mastoïdien droit. L'énucléation de la capsule extérieure de la tumeur ne pouvant s'obtenir assez facilement, une incision, pratiquée dans cette capsule, permit d'évacuer une membrane typique des kystes à échinocoques à laquelle adhéraient de petits vésicules. On laissa une partie de la poche encore adhérente aux plans profonds. Tamponnement à la gaze iodoformée. Deux jours plus tard, réunion secondaire, drainage; guérison neuf jours après.

OBSERVATION XII

(NÉLATON) (1).

X... âgé de 36 ans. Tumeur au cou depuis l'âge de 10 à 15 ans. A l'examen, tumeur régulièrement arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, située *sur la ligne médiane et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition*. Elle semble être due à l'hypertrophie du lobe gauche de la glande. Trousseau fit le diagnostic de goitre simple. Bientôt survint de la dyspnée, de l'enrouement; puis la peau devint rouge, en même temps que survenait une tension œdémateuse accompagnée de douleurs. Nelaton ouvrit cet abcès d'où s'écoula une grande quantité de pus. La cicatrisation se

(1) NÉLATON. — In Houel. Thèse d'agrégation, 1860.

fit. Six mois après, la tumeur avait repris le volume du poing et s'enflamma de nouveau. Nélaton ouvrit encore et vit sortir, au milieu du pus, une multitude de poches hydatiques de la grosseur d'un pois à celui d'un grain de raisin ; une fistule persiste d'où sortent tous les jours des poches hydatiques ; injection à la teinture d'iode tous les deux ou trois jours, dans le foyer. Au bout d'un certain temps, la fistule se ferma. Le malade est guéri depuis plus de deux ans.

OBSERVATION XIII

(MEINERT) (1).

Louise B..., 14 ans, habitait avec des chiens. A l'âge de 4 ans, incision d'un abcès des parties latérales du cou pendant une convalescence de fièvre typhoïde. Un chien aurait léché la plaie. Peu de semaines après apparut une tumeur du cou qui augmenta depuis. Depuis quelques mois la tumeur est douloureuse, la respiration est gênée dans l'effort. La tumeur, du volume d'une orange, forme une demi-sphère régulière, *s'élève avec le larynx dans la déglutition*. L'absence de fluctuation fait penser à un goître parenchymateux. Une ponction exploratrice montra un contenu liquide comme de l'eau, très fluide. Bien que frappé par la limpidité anormale du liquide, Meinert fait le diagnostic de goître kystique ordinaire.

Il pratique une incision ; après la séparation des téguments sur une étendue de 8 centimètres sur la ligne médiane, et après ponction de kyste, Meinert fut surpris par un jet de liquide, de goût salé qui lui arriva dans la bouche. Le kyste, tout blanc, s'échappa en entier de la plaie. On ne trouva pas de vésicules-filles. Au fond de la cavité on vit une tumeur qui fut considérée comme une seconde vésicule.

(1) MEINERT. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 427.

Après l'avoir incisée on vit que c'était simplement la membrane adventice du kyste.

Drain. Pansement avec de la gaze au sublimé. Guérison.

OBSERVATION XIV

(GALOZZI) (1).

Tumeur datant de deux ans. Volumineuse, molle, élastique au toucher, *suivant le larynx dans les mouvements de la déglutition*. Le professeur Galozzi fait le diagnostic de kyste thyroïdien. Ponction permet de retirer un liquide limpide et incolore, contenant beaucoup de chlorure et point d'albumine. Au microscope, crochets caractéristiques. Le kyste fut incisé et drainé; pendant l'opération plusieurs débris de vésicules sortirent par les drains.

OBSERVATION XV

(V. ZOEGE-MANTEUFFEL) (2).

Soldat de 36 ans; depuis vingt-et-un ans tumeur à la partie antérieure du cou ayant augmenté peu à peu. A l'examen, partie antérieure et droite du cou est occupée par une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Surface régulière. *Suit les mouvements de la déglutition*. Consistance dure, élastique de ci de là, nulle part nettement fluctuante.

Diagnostic : Goitre kystique colloïde.

Opération. — L'énulération de la tumeur par une incision faite sur la ligne médiane fut très facile, sauf du côté de la trachée où existaient quelques adhérences très fortes qu'il fallut rompre. C'est à ce moment que s'écoule un liquide clair comme de l'eau de roche, et un grand nombre d'hyda-

(1) *Riforma Medica*, 15 décembre 1886, p. 1731.

(2) *St-Petersburg Med. Vochenschr.*, 1888.

tides. On incisa la poche et on vida les échinocoques; marsupialisation. La paroi postérieure de la tumeur était formée par les anneaux de la trachée aplatis et qui conservaient l'empreinte du sac; de chaque côté de ceux-ci se trouvaient les lobes latéraux du corps thyroïde.

CHAPITRE III

Etiologie

Ainsi que le montre le petit nombre de cas authentiques que nous avons pu réunir dans le chapitre précédent, les kystes hydatiques du corps thyroïde sont une affection extrêmement rare.

Cette rareté est étonnante, si l'on songe à la vascularisation considérable de la glande thyroïde et on ne s'explique pas pourquoi d'autres organes, beaucoup moins bien irrigués qu'elle (muscles, tissu cellulaire du petit bassin, etc.), sont beaucoup plus souvent des lieux de fixation et de développement pour les échinocoques.

L'embryon exachante arrive, en effet, le plus souvent dans la glande thyroïde par la voie sanguine. Introduit ordinairement dans le tube digestif, il est transporté, par la veine porte, dans le foie où il se fixe le plus souvent. Si, cependant, il traverse cet organe sans le léser, il arrive dans le cœur droit, puis dans le poumon, où il est encore très fréquent de le

voir se développer. Mais là encore, le parasite peut traverser les capillaires pulmonaires sans y laisser de traces et se répandre dans la circulation générale. Si l'embryon exachantè arrive à franchir tous ces obstacles, il a alors quelques chances de se développer dans le tissu si riche en vaisseaux de la glande thyroïde.

La voie sanguine est donc celle que suit le plus souvent l'agent pathogène pour arriver dans la thyroïde. D'autres voies plus directes sont encore suivies par lui, dans des cas, il est vrai, exceptionnels. C'est ainsi qu'on a trouvé dans les parois de l'œsophage des embryons exachantes qui s'étaient certainement fixés au passage dans les plis de la muqueuse œsophagienne, puis avaient ultérieurement pénétré dans les tuniques de sa paroi; il est facile de comprendre comment ces embryons exachantes, continuant à cheminer dans l'intérieur des tissus, peuvent atteindre facilement le corps thyroïde et s'y développer. Meinert signale un mode de pénétration du parasite dans la glande plus direct encore; il est vrai qu'il doit être véritablement unique dans son genre : il s'agissait d'un malade qui, ayant eu une plaie du cou intéressant la thyroïde, avait pris l'habitude de faire lécher cette plaie par son chien; celui-ci apporta ainsi directement, dans le tissu thyroïdien, le germe de l'affection qui s'y développa plus tard.

C'est dans l'âge moyen de la vie que le kyste hydatique du corps thyroïde se rencontre le plus fréquemment.

Le sexe a peu d'importance; cependant, il est pro-

bable, *a priori*, que les causes qui prédisposent les femmes aux autres maladies de la glande thyroïde (menstruation, grossesse) doivent aussi les prédisposer au kyste hydatique thyroïdien. Et, en effet, Dardel dit que le sexe féminin fournit trois fois plus de kystes hydatiques de la thyroïde que le sexe masculin. L'influence de la grossesse et de l'accouchement était très nette chez la malade de M. Jaboulay ; le kyste avait débuté au milieu d'une grossesse et avait augmenté après l'accouchement. Ce fait jette un jour intéressant sur la pathogénie des kystes que nous étudions et permet de saisir parfaitement le mécanisme et la cause de la localisation thyroïdienne de l'embryonexachante. La congestion de la glande pendant la grossesse, les ruptures vasculaires qui se sont, sans doute, produites pendant l'accouchement montrent comment le parasite a quitté les vaisseaux sanguins pour pénétrer dans le tissu glandulaire et s'y développer.

Les kystes hydatiques sont particulièrement nombreux dans certaines contrées. La malade de M. Jaboulay, habitait les Basses-Alpes. Nous ignorons si cette région, qui est un pays à goîtres, est aussi un pays à kystes hydatiques.

Remarquons que cette malade n'habitait pas habituellement avec des chiens ; cette cohabitation n'est d'ailleurs signalée dans aucune des observations de goitre hydatique thyroïdien publiées jusqu'ici, sauf dans le cas si étrange de Meinert.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Le volume du kyste hydatique du corps thyroïde est, en général, peu considérable. C'est dans le lobe droit qu'il siège le plus fréquemment ; ensuite vient l'isthme, puis le lobe gauche. Dans le cas de Ferrant, les deux lobes étaient le siège de deux tumeurs distinctes.

La tumeur est la plupart du temps unique. Cependant, outre le cas de Ferrant, il y a encore d'autres cas de kystes multiples (Obs. de Henle, de Albers). La poche ordinairement uniloculaire peut être plus rarement multiloculaire.

La structure de la poche est celle de tous les kystes hydatiques, c'est-à-dire se compose d'une membrane externe adventice formée aux dépens du corps thyroïde et d'une membrane interne, germinative ou prolifère due au développement de l'embryon exachante. Le liquide contenu dans la poche a les caractères connus du liquide hydatique.

Il est clair comme de l'eau de roche et présente une *saveur particulièrement salée*, comme nous l'apprend la désagréable expérience qu'en ont acquise involontairement Meinert et M. le professeur Jaboulay.

En outre, ce liquide contient, comme d'habitude, des vésicules filles et de nombreux crochets.

Le tissu thyroïdien est tantôt normal, tantôt atrophie et devenu comme fibreux. Albers dit « avoir trouvé résistant et presque fibreux le parenchyme thyroïdien qui séparait les hydatides les unes des autres ». Souvent, lorsque le kyste est un peu volumineux, le kyste glandulaire refoulé excentriquement s'atrophie au point de ne plus former autour du kyste qu'une mince lame de tissu densifié à peine reconnaissable.

Cette transformation fibreuse du tissu thyroïdien autour du kyste hydatique explique la solidité des adhérences unissant l'adventice du kyste à la glande ambiante. Ces adhérences, comme nous le dirons plus loin, compliquent l'opération et rendent parfois laborieuse l'extirpation totale du kyste, y compris sa tunique adventice.

La transformation purulente du kyste a été observée plusieurs fois, ainsi que la présence de quelques exsudats hémorrhagiques (Ferrant).

En se développant, la tumeur hydatique comprime les organes environnants; celui qui est le plus souvent comprimé est la trachée; cet aplatissement du conduit trachéal est signalé dans les observations de Gooch, de Ferrant; il était très accusé chez le malade

de M. Jaboulay ; souvent les anneaux cartilagineux sont ramollis. Enfin, dans l'observation de Gooch, le kyste avait perforé la trachée et s'ouvrit dans ce conduit.

« Alors que les kystes simples du corps thyroïde, dit Henle (1), compriment simplement les organes voisins, le kyste hydatique a cela de commun avec les tumeurs très malignes qu'il les envahit ».

Les vaisseaux et les nerfs sont rarement comprimés, beaucoup moins souvent que dans les autres kystes hydatiques du cou ; ces derniers, en effet, plus latéraux, sont plus directement en contact avec les vaisseaux carotidiens et les aplatissent facilement contre les plans sous-jacents. La carotide et la jugulaire étaient, pourtant, refoulées en arrière et en dehors, directement appliquées contre le kyste hydatique thyroïdien observé par G. Marchand. Enfin, dans le cas de Henle, il y avait une paralysie de la corde vocale droite, vraisemblablement due à une compression du récurrent droit.

(1) HENLE. — *Loc. cit.*

CHAPITRE V

Symptomatologie

Par ses symptômes, le kyste hydatique du corps thyroïde ressemble à un goitre kystique ordinaire, au point que, presque toujours, c'est ce dernier diagnostic qui est porté. Nous exposerons donc très brièvement la symptomatologie des kystes hydatiques thyroïdiens, en montrant surtout les nuances symptomatiques qui les distinguent des goitres kystiques.

A). *Le début* est lent, progressif et c'est la présence d'une tumeur au devant du cou qui, par hasard, attire un jour l'attention des malades.

B). *Les signes physiques sont ceux d'un goitre kystique ordinaire.* On voit, à la partie antérieure du cou, une tumeur globuleuse, régulièrement arrondie, dont le volume est ordinairement peu considérable. Dans l'observation XV (de Zoëge-Manteuffel), il est vrai, il s'agissait d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Mais c'est là un fait exceptionnel : dans toutes les autres observations il est question de tu-

meurs peu volumineuses, moins volumineuses en général qu'un goître kystique.

Cette tumeur peut occuper les différentes parties du corps thyroïde : le lobe médian, l'un des lobes latéraux ou tous les deux à la fois, et nous avons déjà vu quelle était la fréquence relative de ces diverses localisations.

En palpant la tumeur, on peut préciser sa situation dans la région thyroïdienne et reconnaître ses limites exactes ; rappelons que, dans le cas de Péan (Obs. VIII), le kyste hydatique avait les caractères d'un goître plongeant et se prolongeait derrière le sternum.

Régulièrement arrondie, de relief nettement circonscrit, non adhérente à la peau qui glisse facilement sur elle, la tumeur hydatique présente tous les caractères des tumeurs thyroïdiennes : possibilité de la mobiliser transversalement, ce qui entraîne en même temps la trachée ; impossibilité de la mobiliser dans le sens vertical ; enfin et surtout ce fait que la tumeur suit l'ascension du larynx dans la déglutition. Dans le cas de Péan, le kyste s'abaissait dans les fortes inspirations, plongeait davantage derrière le sternum et exagérait la dyspnée.

La consistance de la tumeur est extrêmement variable. Dans certaines observations, en effet, on insiste sur sa dureté due à la distension extrême du liquide, et sur l'absence ou l'obscurité de la fluctuation ; ces cas sont évidemment les plus fréquents. Mais d'autres existent où, au contraire, la tension du liquide était médiocre, la tumeur élastique (Henle),

nettement fluctuante (Obs. de Péan, de Peyrot, Obs. de M. Jaboulay). Decressac (Cas de Peyrot) insiste sur ce fait que la poche est souple également dans tous les points.

La palpation pourrait aussi, dans les kystes hydatiques du corps thyroïde, donner la sensation de frémissement hydatique décrite pour les kystes à échinocoques des autres régions. Mais ce n'est là qu'une probabilité ; ce signe, déjà si rare ailleurs, n'a été signalé dans aucune des observations de kystes hydatique de la thyroïde que nous connaissons.

La tumeur hydatique est généralement unique. Ce n'est que dans les cas de Ferrant et de Henle qu'on a reconnu cliniquement l'existence de deux tumeurs distinctes.

La tumeur ne présente ni souffle, ni battement propre. Enfin, fait sur lequel insiste Decressac, le reste de la glande est intact. Si on cherche à reconnaître la trachée, on constate qu'elle est souvent déviée, lorsqu'il s'agit d'un kyste un peu volumineux occupant un lobe latéral.

C) *Troubles fonctionnels* — Le kyste hydatique thyroïdien donne, lieu en général, à quelques troubles fonctionnels ; nous n'avons trouvé qu'une observation, celle de Peyrot (Obs. VIII) où la tumeur était le seul symptôme du kyste ; en général, cependant pour une tumeur de médiocre volume, comme l'est ordinairement le kyste hydatique, ces troubles fonctionnels sont relativement assez considérables.

La douleur n'existe pas, ou très peu, sauf en cas d'inflammation.

La voix est fréquemment altérée ; en général, elle est simplement affaiblie ou enrouée ; dans le cas de Nélaton, pourtant, elle était complètement éteinte. Cette dysphonie est due ordinairement à la simple compression de la trachée, plutôt qu'à la compression récurrentielle qui est exceptionnelle ; dans le cas de Henle, cependant, l'examen laryngoscopique montra l'existence d'une paralysie de la corde vocale droite qui, d'ailleurs ne disparut pas après l'opération.

Gooch signale, dans son observation, de la toux spasmodique.

Il est probable que la toux de compression (1), décrite, par M. Garel, comme révélatrice des compressions de la trachée, aurait été trouvée souvent, si elle avait été recherchée.

Une dyspnée légère est assez souvent signalée ; elle n'existe quelquefois que dans l'effort qui, en tous cas l'exagère toujours. Chez la malade de Gérard-Marchand (Obs. VI), la menstruation exagérait nettement la dyspnée ; cette malade prévoyait le retour de ses règles à un accroissement de sa gêne respiratoire. Quelquefois il y a de véritables accès de suffocation (Péan) qui ont pu amener la mort des malades (Obs. de Gooch, Ferrant). Cette dyspnée à tous les degrés s'explique fort bien par la

(1) Toux de compression. Varay, Thèse de Lyon, 1902.

compression et l'aplatissement, quelquefois considérable, du larynx et de la trachée.

Une légère dysphagie est signalée dans quelques cas ; elle existait chez la malade de M. Jaboulay.

Les vaisseaux et les nerfs de la région thyroïdienne ne sont ordinairement pas comprimés et c'est là une différence capitale qui sépare les kystes hydatiques du corps thyroïde des autres kystes hydatiques du cou. Cependant, nous avons déjà parlé du malade de Henle qui présentait une paralysie de la corde vocale droite. La congestion habituelle de la face est signalée dans deux observations (Obs, de Gooch et de Gérard-Marchand).

D) *Etat général.* — L'état général est excellent, sauf dans les cas de généralisation. Rappelons que la malade de Péan était devenue nerveuse, émotive et avait des palpitations depuis le début de son affection.

La malade de M. Jaboulay était également une nerveuse, mais peut-être l'avait-elle toujours été.

Un *symptôme d'une grande valeur*, lorsqu'il existe, *c'est l'urticaire*. Ce phénomène était très net chez la malade de Vitrac et se présentait même avec des caractères particulièrement intéressants. Il apparut la première fois après la rupture du kyste, qui s'était produite spontanément. Le kyste s'étant reformé, puis rompu plusieurs fois de suite, chaque rupture était accompagnée d'une poussée d'urticaire. Vitrac, dans son mémoire, insiste beaucoup sur ce symp-

tôme; il rappelle les travaux d'Achard (1) sur l'intoxication hydatique, qui établissent que l'urticaire est le résultat d'une intoxication produite par les ptomaines du liquide hydatique répandu dans les tissus. Vitrac fait remarquer également que les cas qu'il a observés constituent une rare exception à la règle; en effet, ordinairement, d'après Achard, une première intoxication hydatique vaccine le sujet, de sorte que l'urticaire ne récidive pas.

Pour intéressant que soit ce symptôme, il n'en a pourtant que peu de valeur pratique, parce que son existence est exceptionnelle. L'observation de Vitrac est la seule où il soit signalé.

E) *Marche et complications.* — La marche de l'affection est lente et continue. Nous avons vu, chez la malade de M. Jaboulay, la tumeur s'accroître rapidement après un accouchement. Beaucoup de malades ont le cou gros depuis leur enfance. Vitrac signale, dans le cas qu'il a observé, les alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur, celle-ci se vidant en partie dans le tissu cellulaire. Il donne même ce symptôme comme pathognomonique; les ruptures successives pourraient, peut-être, suivant lui, amener la guérison spontanée; ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse; car, dans aucun des cas observés jusqu'ici, la maladie n'a guéri spontanément.

(1) ACHARD. — *Archives générales de Médecine*, 1888, t. II.

Nous classerons de la façon suivante les complications des kystes hydatiques thyroïdiens :

1. *Accidents de compression.* Ils ont été étudiés.

2. *Hémorrhagies.* Nous ne connaissons que le cas de Ferrant où il y avait une hémorrhagie intrakystique, légère d'ailleurs.

3. *Suppuration* du kyste. Les observations de Gooch, Nélaton, Gérard-Marchand, Heule en sont des exemples.

4. *Rupture* du kyste. Elle se fait, le plus souvent, dans la trachée qui est alors envahie et perforée; la mort subite est ordinairement la conséquence; la malade de Gooch mourut subitement en rendant par la bouche des fragments d'hydatides; à l'autopsie, on vit que le kyste s'était rompu dans la trachée qui était aplatie et perforée.

La tumeur hydatique peut encore, plus heureusement, se rompre dans le tissu cellulaire, comme dans le cas de Vitrac.

5. *Mort subite.* Nous l'avons trouvée signalée 3 fois : dans le cas de Gooch précédemment cité. Dans le cas de Rapp. (Obs. III), où le malade mourut subitement dans un accès d'étouffement, la trachée était comprimée contre la face antérieure des vertèbres et aplatie comme un ruban. Le malade de Ferrant (Obs. VII) mourut de la même manière; à l'autopsie, le larynx fut trouvé très rétréci.

6. *Généralisation.* Il vaudrait mieux dire peut-être : coexistence de kystes hydatiques dans d'autres or-

ganes. En effet, les kystes hydatiques des organes profonds sont souvent lents à se révéler cliniquement, de sorte qu'on ne sait jamais lorsqu'ils se manifestent par leurs symptômes après un kyste hydatique plus superficiel, s'ils ne sont pas, en réalité, antérieurs ou contemporains de celui-ci. Quoiqu'il en soit, la coexistence d'une tumeur hydatique thyroïdienne avec d'autres tumeurs à échinocoques n'est pas très rare, puisque nous relevons 3 cas sur les 15 que nous rapportons. Ce sont les cas de Rapp où il y avait un kyste hydatique dans le foie, de Ferrant où il y en avait dans le foie et l'utérus; enfin, celui d'Albers, où il y en avait dans les reins et les plexus choroïdes.

CHAPITRE VI

Diagnostic et Pronostic

I. — DIAGNOSTIC

C'est presque constamment pour un goitre kystique qu'on prend un kyste hydatique thyroïdien. Le diagnostic est donc très difficile; ce n'est que dans des circonstances particulières qu'on peut le faire avant la ponction. C'est ainsi que sur les 15 cas que nous rapportons, il n'a été fait qu'une seule fois, par Lannelongue (Obs. IX). Péan avait, chez son malade, émis la possibilité d'un kyste hydatique, mais sans s'arrêter à cette hypothèse que rien, disait-il, ne pouvait faire affirmer avant la ponction.

C'est surtout le diagnostic avec le goitre kystique que nous étudierons. Dardel écrit que, tandis que le goitre kystique est irrégulier, bosselé, franchement fluctuant et ne s'accompagne ordinairement pas de troubles fonctionnels graves, le kyste hydatique est au contraire régulier, globuleux, sans fluctuation, à cause de la tension extrême du liquide, enfin entraîne

des troubles fonctionnels souvent considérables, pour une tumeur de médiocre volume. Decressac (1) dit que dans le cas qu'il a observé, les raisons qui militaient en faveur d'un kyste hydatique étaient : le développement lent et continu, la tension médiocre du liquide ; la sensation de poche unique, régulière, souple également en tous les points, et surtout l'intégrité complète du reste de la glande.

Vitrac donne trois signes de probabilité qui sont : le pays habité par le malade, la cohabitation avec des chiens, et la présence de kystes hydatiques dans d'autres organes — quatre autres signes seraient pour lui pathognomoniques ; ce sont : l'urticaire, les alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur, le frémissement hydatique (possible, mais jamais observé), enfin, la ponction.

Ces signes sont de valeur très diverse ; en tous cas, à l'exception de la ponction, ils sont tous tellement inconstants que, en pratique, ils ne servent à rien. En réalité, il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic entre un kyste hydatique thyroïde et un goître kystique ; c'est la ponction exploratrice ; celle-ci donne issue, dans le cas de tumeur à échinocoques, à un liquide clair comme de l'eau de roche ; ce caractère seul peut déjà faire penser à l'origine hydatique d'un kyste, car les goîtres kystiques ordinaires ont un contenu tout différent. En outre, ce liquide est salé, et le fait a été signalé par tous les chirurgiens qui, au cours des opérations, ont reçu du

(1) DECRESSAC. *Loc. citato.*

liquide hydatique dans la bouche. Il est très riche en chlorures, ne contient pas d'albumine ; enfin il contient des crochets. Si la ponction donne issue à des hydatides-filles, le diagnostic est de suite évident. La ponction peut aussi être suivie d'une poussée d'urticaire qui confirme le diagnostic.

Rappelons que, dans le cas de Meinert (Obs. XIII), la consistance du kyste hydatique avait fait penser à un goitre parenchymateux.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec les autres tumeurs de la région thyroïdienne qui suivent les mouvements du larynx dans la déglutition : trachéocèle, hygroma de la bourse séreuse de Bécclard, hygroma de la bourse séreuse de Boyer. Ces tumeurs, très rares, ont des caractères spéciaux. Les kystes du cou, hydatiques et autres, se distingueront par leur siège latéral et surtout par ce fait qu'ils ne participent pas aux mouvements du larynx. Ils donnent aussi naissance à des troubles de compression vasculo-nerveux plus considérables que les kystes que nous étudions.

II. — PRONOSTIC

D'après ce que nous venons de dire sur l'évolution du kyste hydatique thyroïdien et sur les complications graves, mortelles quelquefois, qui doivent toujours être regardées comme imminentes, le pronostic de cette affection abandonnée à elle-même est très grave.

C'est ainsi que la terminaison fatale est souvent relatée dans les anciennes observations; il s'agit alors de malades non opérés ou opérés incomplètement. Aujourd'hui, heureusement, les malades ont recours au chirurgien plus souvent et plus vite; le pronostic des tumeurs à échinocoques de la thyroïde s'en trouve singulièrement amélioré, et la majorité de celles qui ont été opérées ont guéri. Sur onze malades opérés, un seul est mort; tandis que, sur quatre non opérés, il y a eu trois terminaisons fatales. Cependant, il faudra toujours craindre les récidives et les généralisations qui sont, somme toute, assez fréquentes, puisque, sur quinze cas, nous les trouvons signalées trois fois.

CHAPITRE VII

Traitement

Après ce que nous venons de dire de leur pronostic, la nécessité d'opérer des kystes hydatiques du corps thyroïde s'impose d'une façon indiscutable.

L'étude des complications parfois mortelles qui peuvent survenir à toutes les phases de leur évolution, nous montre, en outre, qu'il faut les opérer le plus vite possible.

Si nous laissons de côté ces complications, le traitement des kystes hydatiques thyroïdiens relève de sept méthodes principales ; ces méthodes sont d'inégale valeur ; nous allons voir les résultats que chacune d'elles a donnés et quelle est celle qu'on doit préférer.

I. *Ponction simple*. — Nous n'y insisterons pas ; elle à rejeter complètement ; d'ailleurs nous n'avons pas vu qu'elle ait été employée dans le kyste hydatique de la thyroïde. Que servirait, en effet, de s'exposer aux dangers d'infection et d'hémorrhagie

intra-kystique, pour faire une opération incomplète, qui laisse non seulement en place la membrane germinative du kyste, mais encore la plus grande partie des vésicules-filles, et qui par conséquent, est presque fatalement suivie de récidence ? Nous savons que dans des cas exceptionnels, on a pu obtenir la guérison de certains kystes hydatiques d'autres organes par des ponctions répétées ; mais ces faits, qui exigent pour se produire une membrane germinative devenue spontanément stérile (ce qu'on ne peut jamais prévoir), ces faits, disons-nous, sont trop rares et même trop mal établis pour qu'on puisse en tenir compte en pratique.

II. *Ponction suivie d'injection parasiticide.* —

Le procédé a été employé deux fois seulement. M. le professeur Lannelongue, dans le cas rapporté par Vitrac, vida le kyste par une ponction, puis lava, plusieurs fois de suite, la poche avec une solution de sublimé au 1/1000 ; il ferma au collodion. Pendant deux ou trois jours il y eut quelques douleurs légères et un peu d'albuminurie, sans autres symptômes d'hydrargirisme. Le malade a été revu six mois après : il était guéri.

Karpetchenco a obtenu la guérison de son malade en injectant de la teinture d'iode dans la poche kystique, préalablement vidée.

Les injections modificatrices peuvent, d'ailleurs, être faites avec différents liquides parasiticides et de différentes façons. Outre le sublimé à 1/1000 et la teinture d'iode, on pourrait employer encore le sul-

fate de cuivre et l'eau naphtolée dont on s'est servi pour les kystes hydatiques d'autres organes.

Quant à la manière de pratiquer les injections, il y a trois techniques principales qui, données pour les kystes hydatiques du foie, pourraient s'appliquer aussi à ceux du corps thyroïde.

Bacceli (1) retire une petite quantité de liquide et la remplace par une quantité équivalente (15 à 20 gr.) de liqueur Van Swieten. Il recommence cette opération quelques jours plus tard. Une semaine après cette seconde injection, il évacue complètement la poche.

Debove (2) conseille d'évacuer complètement le kyste avec aspiration ; puis il injecte 100 grammes de liquide de Van Swieten qu'il retire au bout de 10 minutes.

Hanot évacue également très complètement la poche, mais n'injecte que 15 à 20 grammes de liqueur de Van Swieten.

Cette méthode des injections modificatrices est dangereuse à plusieurs titres. L'injection iodée d'abord est à rejeter complètement. Péan a observé des accidents infectieux consécutifs à ces injections. M. le professeur Jaboulay nous rappelait naguère le cas désastreux de Bonnet (de Lyon), qui a vu une injection iodée faite dans un goitre kystique déterminer rapidement la mort. Les injections de sublimé sont toxiques elles aussi et capables d'entraîner des

(1) BACCELLI. — *Riforma Medica*, 11 juin 1887.

(2) DEBOVE. — *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chirurgie*, 1888.

accidents sérieux. Nous avons vu, dans l'observation du malade de Vitrac, les injections de sublimé déterminer quelques accidents d'hydrargirisme. Un fait publié par Wilbouchewitch montre qu'elles peuvent entraîner la mort ; c'est surtout à la méthode de Debove qu'on peut reprocher la possibilité d'une intoxication.

Quant à Bacceli, il injecte, il est vrai, du sublimé à dose non toxique, mais son procédé expose aux dangers des évacuations incomplètes.

Ce ne sont pas là les seuls inconvénients de la méthode des injections modificatrices. Remarquons qu'elle est illusoire dans les cas de kystes multiples ou multiloculaires ; de plus, elle doit être souvent inefficace et incapable d'amener la disparition de cette vaste cavité kystique dont les parois ne peuvent plus s'affaisser ni se mettre au contact, retenues qu'elles sont par les adhérences aux parties voisines ; enfin, c'est une méthode incomplète, une demi-mesure, qui ne s'attaque qu'indirectement à la membrane germinative, et qui ne la rend jamais bien sûrement stérile, laissant ainsi la possibilité d'une récurrence. Lorsque les échinocoques se localisent dans un organe où une intervention plus complète offre quelques dangers, au foie, par exemple, on conçoit que, malgré ses désavantages, la ponction suivie d'injection modificatrice soit discutable, mais au corps thyroïde où l'énucléation dont nous parlerons plus loin est sans danger, l'emploi d'un procédé incomplet n'a plus sa raison d'être.

III. *Incision pure et simple.* — Le procédé a été employé avec succès par Nélaton (Obs. XII). Il incisa largement le kyste hydatique qui était suppuré; une fistule persista longtemps dans laquelle il faisait des injections à la teinture d'iode. Il revit son malade deux ans après : celui-ci était complètement guéri.

Meinert (Obs. XIII) employa également l'incision et guérit son malade.

Galozzi (Obs. XIV), qui incisa aussi le sien, ne dit pas ce qu'il en advint.

En somme, cette méthode semble avoir donné de bons résultats à ceux qui l'ont employée. Henle (1), dans son mémoire, dit que l'énucléation étant très difficile, il suffit de faire une large incision. Mais, même suivie de détersion et de lavages répétés, cette méthode expose aux fistules longtemps persistantes; surtout elle laisse en place la membrane du kyste et, comme la méthode précédente, expose aux récidives. C'est donc une méthode *incomplète*.

IV. *Marsupialisation.* — Elle a été employée par Péan (Obs. VIII) dont le malade guérit, sans fistule, un mois après.

Zoege-Manteuffel (Obs. XV), ayant commencé à disséquer le kyste, trouva des adhérences avec la trachée, telles, qu'il fut obligé de terminer par la marsupialisation.

Cette opération est certainement, après l'énu-

(1) HEULE. — *Loc. cit.*

cléation, celle qui doit mériter les préférences du chirurgien. Lorsque l'énucléation commencée ne pourra être menée à bonne fin, c'est toujours par la marsupialisation qu'il sera le plus simple et le mieux de terminer. Cette méthode a, cependant, un inconvénient : celui d'une cicatrisation lente avec fistule longtemps persistante.

V. — *Capitonnage de la poche kystique.* — Ce procédé, imaginé par Delbet, pour les kystes hydatiques du foie, n'a jamais été, que nous sachions, employé dans ceux de la glande thyroïde ; d'ailleurs, il s'adresse surtout aux grandes cavités qu'il s'agit de faire disparaître, et serait inutile au corps thyroïde où les kystes hydatiques sont peu considérables ; il est avantageusement remplacé par la suture hémostatique.

VI. — *Extirpation.* — C'est la méthode de choix, la plus rationnelle et la plus complète ; elle seule met sûrement à l'abri des récidives.

Zoege-Manteuffel, nous l'avons vu, avait commencé l'énucléation chez son malade, mais il fut obligé de terminer par la marsupialisation, à cause des adhérences, impossibles à rompre, de la paroi du kyste avec la face antérieure de la trachée.

Max Volpe (Obs. XI) dit que dans le cas qu'il a observé, l'énucléation de la capsule extérieure ne pouvant s'obtenir assez facilement, on laissa une partie de la poche adhérente aux plans profonds.

Il y a donc des difficultés à pratiquer l'énucléation

des kystes hydatiques thyroïdiens ; ces difficultés, cependant, ne sont pas insurmontables ; la preuve en est que d'autres chirurgiens ont mené à bien cette intervention.

Peyrot (Obs. VII) le pratiqua ; mais il ne dit pas ce que devint son malade.

Gérard-Marchand (Obs. VI) employa le même procédé ; l'opération fut, paraît-il, laborieuse, mais put être faite complètement. Le malade guérit en 25 jours.

Henle (Obs. X) énucléa également un kyste hydatique de la thyroïde et obtint la guérison au 10^e jour.

M. le professeur Jaboulay put enfin énucléer parfaitement la tumeur dont nous publions l'observation et obtint aussi une guérison rapide.

L'extirpation du kyste hydatique thyroïdien consiste à énucléer la poche kystique en décortiquant la membrane adventice c'est-à-dire en la séparant du tissu thyroïdien auquel elle adhère. Cette observation est absolument comparable à l'énucléation intra-glandulaire employée dans les goitres kystiques et dans les goitres à forme nucléaire. Le terme d'énucléation intra-glandulaire ne saurait, toutefois, s'appliquer dans toute sa rigueur à l'énucléation des kystes hydatiques du corps thyroïde, car, contrairement à ce qui se passe pour le goitre, où l'on enlève la poche du goitre kystique, sans toucher au tissu thyroïdien, ici, en raison de l'adhérence plus solide de l'adventice au tissu thyroïdien, on est obligé de tailler en pleine glande.

Voici, d'ailleurs, le détail de l'opération, telle que la pratiqua M. le professeur Jaboulay.

M. Jaboulay emploie l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle, le malade étant assis. Il évite ainsi les accidents de suffocation si fréquents au cours des opérations sur le corps thyroïde, lorsqu'on les pratique sous anesthésie générale (les tractions exercées constamment sur la trachée pendant l'opération, sont la cause principale de ces accidents). Il évite aussi la congestion thyroïdienne qui contribue, pour une part, aux accès de suffocation et qui, d'un autre côté, gêne considérablement l'opération par les hémorrhagies qu'elle détermine. D'ailleurs, l'incision de la peau du cou sur la ligne médiane est peu douloureuse et M. Jaboulay fait toutes ses opérations sur les goitres avec l'anesthésie locale, le malade étant dans la position assise

La peau est incisée sur la ligne médiane. On incise ensuite la ligne blanche. Le corps thyroïde paraît alors, tendant à sortir entre les lèvres de la plaie et renfermant le kyste hydatique ; la plupart du temps celui-ci a refoulé excentriquement le tissu thyroïdien, il n'y a plus au-devant de lui qu'une mince lame de tissu glandulaire, de sorte qu'on croirait que c'est le kyste lui-même qui se présente sous les yeux. Il importe de faire remarquer qu'il n'en est rien et que, pour arriver à la paroi du kyste, il faut inciser une lame mince, il est vrai, mais existante, de tissu thyroïdien. Si l'on cherche à commencer le décollement avant d'être arrivé exactement sur le kyste, on dilacère le tissu glandulaire ; cette remarque s'applique, d'ailleurs, aussi à l'énucléation intra-glandulaire des goitres. On incise donc la mince lame de tissu glandu-

laire malgré l'hémorrhagie. Lorsqu'on est arrivé sur le kyste, on l'ouvre au bistouri. On enlève ensuite la membrane germinative ; cette manœuvre est facile : prise avec une pince, la membrane se détache et vient sans difficulté.

On procède alors à la décortication de la membrane adventice. Cette manœuvre est parfois assez difficile ; elle l'est beaucoup plus que lorsqu'il s'agit de l'énucléation intra-glandulaire d'un goitre kystique. Ce que nous avons dit de la différence qui existe entre ces deux opérations, en apparence semblables, nous en donne aisément la raison. Les adhérences sont, quelquefois, très fortes avec la paroi antérieure de la trachée ; Zoëge-Manteuffel, nous l'avons vu, a dû renoncer à les détruire.

L'adventice étant enlevée complètement, il ne reste plus qu'à effacer et fermer la cavité ; on y arrive par la suture hémostatique en masse, procédé que M. Jaboulay emploie aussi pour les goîtres kystiques ordinaires.

On obtient ainsi l'éradication totale du kyste hydatique ; on a réalisé véritablement *l'opération idéale*, du moins pour des hydatides du corps thyroïde.

En effet, si l'extirpation totale d'un kyste hydatique est anatomiquement possible et ne s'accompagne pas de trop gros risques, dans le corps thyroïde, dont le tissu est relativement résistant et où l'on est toujours maître d'une hémorrhagie, cette même opération offre de grands dangers dans le foie dont le tissu est friable et facilement saignant, et où les hémorrhagies sont graves et difficiles à arrêter.

VII. *Thyroïdectomie partielle.* — Nous ne ferons que signaler ce dernier procédé qui ne peut avoir que des indications exceptionnelles et qui, d'ailleurs, n'a pas été employé.

VIII. *Choix d'un procédé.* — De tout ce qui précède et des arguments que nous avons fait valoir à propos de chaque méthode, se dégage la formule suivante, pour le traitement des kystes hydatiques du corps thyroïde, formule établie par M. le professeur Jaboulay. Tout kyste hydatique du corps thyroïde, comme tout goître kystique, doit être opéré. L'opération de choix, que l'on doit toujours tendre à réaliser, est *l'extirpation totale* de la tumeur parasitaire, *y compris sa tunique adventice*. Dans les cas où cette tunique, trop adhérente, ne pourra être enlevée complètement, on aura recours à la marsupialisation de la poche restante.

CONCLUSIONS

1^o Les kystes hydatiques du corps thyroïde sont extrêmement rares ; on n'en compte, dans la science, que 15 observations bien établies.

2^o Les kystes hydatiques du corps thyroïde se manifestent cliniquement par des symptômes en tout semblables à ceux d'un goitre kystique ordinaire : les signes qui ont été donnés comme capables de faire faire le diagnostic (urticaire, frémissement hydatique, alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur) sont insuffisants, parce qu'ils sont inconstants. De tous ces signes, l'urticaire serait le meilleur : il a permis dans un cas de faire le diagnostic. Ce diagnostic pourrait encore être fait par une ponction exploratrice.

3^o Le traitement de choix est l'extirpation totale du kyste qui présente ici quelques particularités. Cette extirpation consiste, après incision, évacuation

du liquide et extraction de la membrane germinative, à disséquer la poche en dehors de l'adventice ; elle est en tous points comparable à l'énucléation intra-glandulaire des autres kystes ou tumeurs bénignes du corps thyroïde ; elle est seulement un peu plus laborieuse à cause des adhérences de la poche kystique avec le tissu thyroïdien.

Si on ne pouvait la pratiquer, c'est à la marsupialisation, toujours possible, qu'il faudrait s'adresser.

Vu :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 Juillet 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- LIEUTAUD. — *Mémoire à l'Académie Royale des Sciences.*
1754.
- GOOCH. — Cases an pratical remarcks in surgery..., 1717.
- BAUMÈS. — *Traité élémentaire de Nosologie*, 1806.
- RULLIER. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, 1817.
- NAUMANN. — *Handbuch Medecin. Klinik.*, Berlin, 1830.
- PETRALI. — *Sopra el gozzo idatoido, operazione. Ann. Uni. di Milano.* 1838.
- ALBERS. — *Jahresbericht*, 1850.
- BACH. — *Anat. Path. des différentes espèces de goitres. Mém. Acad. Méd.*, 1855.
- GURLT. — *Ueber die Cystengemülste der Halses.* Berlin, 1855.
- HOUEL. — *Thèse d'agrégation*, 1860.
- PERRAUT. — *Bulletin Soc. Anat. de Paris*, 1861.
- DAVAINÉ. — *Traité des Entozoaires*, 1877.
- REVERDIN et MAYOR. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1885.
- GALOZZI. — *Riforma Medica*, 15 décembre 1886.
- DECRESSAC. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1888.
- PÉAN. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890.
- DARDEL. — *Thèse de Paris*, 1888.

- A. HENLE. — *Archives für Klinische Chirurgie*, XLIX, 1895.
KARPETCHENO. — *Protocoli Karkascaro Medicinskavo, obchestestwa*, n° 14, 1891. *Vracht*, 1892.
VITRAC. — *Revue de Chirurgie*, 1897.
PATEL. — *Lyon Médical*, juillet, 1903.
KRISHABER. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Art. :
Goitre.
Gérard MARCHAND. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*. Art. : *Thyroïde*.
DUPLAY-RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
LE DENTU-DELBET. — *Traité de Chirurgie*.



